



Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Prüfungsamt
Marktplatz 7
85072 Eichstätt

Erklärung über den Verzicht auf Inanspruchnahme der gesetzlichen
Mutterschutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Name:	
Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	
Geburtsdatum:	
Studiengang:	
Fakultät:	
Semester:	
Voraussichtlicher Entbindungstermin/Entbindungstermin: (unzutreffendes bitte streichen)	
Beginn der Schutzfrist:	
zust. Sachbearbeiter/in im Prüfungsamt:	

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, während der gesetzlichen Mutterschutzfrist nach § 3 MuSchG

- sechs Wochen vor der Entbindung oder
- acht Wochen nach der Entbindung oder
- zwölf Wochen nach der Entbindung bei Früh- bzw. Mehrlingsgeburten oder
- sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung oder
- sechs Wochen vor und zwölf Wochen nach der Entbindung bei Früh- oder Mehrlingsgeburten

freiwillig auf meinen Anspruch auf meine Mutterschutzfrist zu verzichten und meinem ordentlichen Studium an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt weiterhin nachkommen zu wollen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Verzichtserklärung jederzeit für die Zukunft mit einem formlosen Schreiben widerrufen kann.

Mir ist bekannt, dass nach Teilnahme an einer Prüfung schwangerschaftsbedingte Gründe, denen zufolge die Prüfung als nicht abgelegt gelten soll, nicht anerkannt werden können.

Mir ist bewusst, dass diese Erklärung ihre Wirksamkeit verliert, falls als Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung nach § 10 MuSchG oder aufgrund eines ärztlichen Zeugnisses nach § 16 MuSchG ein ganz oder teilweises Studienverbot feststeht.

Ort, Datum

Unterschrift